様式第1号の1（第5条関係）

（あて先）　松 本 市 長

年　　月　　日

申請者（患者）

住　所　松本市

氏　名

18歳未満の場合は保護者

松本市特定疾患患者見舞金受給申請書

次により松本市特定疾患患者見舞金を受給したいので申請します。

患者欄	住　所	松 本 市			電　話	
	氏　名		申請者（患者）との続柄		生年月日	年　月　日
	病　名				発病年月日	年　月　日
	施設状況	入院　通院　往診　その他（　　）				

振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号		（フリガナ）口座名義人
	1.銀行 4.労金 2.信金 5.農協 3.信組	本・支店 本・支所 出張所	1.普通 2.当座			
	ゆうちょ 銀行	漢数字3文字を記入	1.普通 2.当座		1	

参考事項	特定医療費（指定難病）受給者証、ウィルス肝炎医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証等の受給者番号

※決定欄	係	係長	課長	上記の申請について支給の可否を決定し、申請者に通知してよろしいでしょうか。	承認	嘱託医
	可　・　否		施行年月日	年　月　日	年　月　日	

（注）1　※印欄には記入しないで下さい。

2　長野県から交付されている特定医療費（指定難病）受給者証、ウィルス肝炎医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証等の写しを添付してください。